

## КЛІНІЧНІ СТАТТІ

5. Hiramatsu K, Oiwa A, Shigematsu S, et al. A novel arterial stiffness index (ASI) as a marker of atherosclerosis. *Am J Hypertens*. 2004;17:131.
6. Chetty R, Batitang S, Nair R. Large artery vasculopathy in HIV-positive patients: another vasculitic enigma. *Hum Pathol* 2000;31:374-9.
7. Lang S, Boccara F, Mary-Krause M, et al. Epidemiology of coronary heart disease in HIVinfected versus uninfected individuals in developed countries. *Arch Cardiovasc Dis* 2015;108:206-15.
8. Estrada V, Portilla J. Dyslipidemia related to antiretroviral therapy. *AIDS Rev* 2011;13:49-56.
9. D'Ascenzo F, Cerrato E, Calcagno A, et al. High prevalence at computed coronary tomography of non-calcified plaques in asymptomatic HIV patients treated with HAART: a meta-analysis. *Atherosclerosis* 2015;240:197-204.
10. Vachiat A, McCutcheon K, Tsabedze N, et al. HIV and Ischemic Heart Disease *J Am Coll Cardiol* 2017;69(1):73-82
11. Hulten E, Mitchell J, Scally J, et al. HIV positivity, protease inhibitor exposure and subclinical atherosclerosis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Heart* 2009;95:1826-35.
12. Triant VA, Lee H, Hadigan C, et al. Increased acute myocardial infarction rates and cardiovascular risk factors among patients with human immunodeficiency virus disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:2506-12.
13. Franklin SS, Khan SA, Wong ND, et al. Is pulse pressure useful in predicting risk of coronary heart-disease? The Framingham Heart Study. *Circulation* 1999;100:354-60.
14. Robbs JV, Paruk N. Management of HIV vasculopathy: a South African experience. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;39(1):25-31.
15. Tseng ZH, Secemsky EA, Dowdy D, et al. Sudden cardiac death in patients with human immunodeficiency virus infection. *J Am Coll Cardiol* 2012;59:1891-6.



УДК 616.34-008.1:614.253.2-055

**І.Л. Височина,  
Н.С. Башкірова**

### ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАКРЕПОМ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра сімейної медицини ФПО  
вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of Family Medicine FPO  
Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: vysochynail@gmail.com

**Ключові слова:** *закреп, функціональні порушення органів травлення*  
**Key words:** *constipation, functional disorders of the digestive system*

**Реферат.** Ведение пациентов с запором на амбулаторном этапе. Высочина И.Л., Башкирова Н.С. Синдром запора представляет собой важную медико-социальную проблему, что прежде всего связано со снижением качества жизни человека. Законодательно в Украине ведение пациентов с запором (самостоятельная диагностика, самостоятельное лечение и обеспечение профилактических мероприятий при запорах у пациентов разного возраста) предоставлено врачу общей практики – семейной медицины. В статье предложен алгоритм ведения пациента с запором на амбулаторном этапе.

**Abstract. Management of patients with constipation at the ambulatory stage. Visochina I.L., Bashkirova N.S.** Constipation syndrome is an important medical and social problem, which is associated with a decrease in the quality of human life. By Legislation of Ukraine, the management of patients with constipation (independent diagnosis, independent treatment and provision of preventive measures in constipation in patients of different ages) is the duty of the general practitioner-family medicine doctor. The article suggests algorithm of management of patients with constipation at the ambulatory stage.

Синдром закрепчу є проявом багатьох органічних та неорганічних захворювань та представляє собою важливу медико-соціальну проблему через здатність впливати на якість життя пацієнтів. Справжня поширеність закрепу в популяції невідома через низьку частоту звернень пацієнтів до лікаря, що й зумовлює недостатню частоту виявлення цього стану.

Згідно з існуючими на сьогодні літературними даними, поширеність закрепу має значні коливання залежно від рівня розвитку країни, віку та статі пацієнта. Під час перебігу вагітності кожна друга жінка стикається із закрепами, а серед дорослого населення працездатного віку це 10-25% осіб у популяції, у літньому віці (старше 65 років) таку проблему затримки випорожнення мають більше 60% осіб, з них 25% чоловіків і 35% жінок [5]. У США розповсюдженість закрепу у дитячій популяції становить 3-5% і найбільш часто ця проблема реєструється в немовлят (до 50%). Закрепи є однією з причин звернення до дитячих гастроентерологів, що становить від 10% до 25% звернень до спеціаліста [10].

Допомога пацієнтам із закрепом повинна забезпечуватися роботою команди сімейних лікарів та медичних сестер, психологів та за необхідністю з підтримкою педіатрів, терапевтів, хірургів, гастроентерологів та інших спеціалістів. Покращення стану хворої людини залежить не лише від праці лікарів, але й самого пацієнта, його оточення й батьків, якщо це дитина. Це партнерство потребує лікаря-координатора між пацієнтом та іншими спеціалістами, які задіяні у процесі вирішення проблеми закрепу.

На сьогодні в Україні відповідно до професійних компетенцій лікарів різної спеціалізації відповідальність за ведення проблеми закрепу покладається на сімейного лікаря і ведення пацієнтів із закрепом повинно здійснюватися в розрізі самостійної діагностики, самостійного лікування та забезпечення профілактичних заходів при закрепі в пацієнтів різного віку на амбулаторному етапі [3].

З точки зору дефініцій та термінологічної складової постановки діагнозу, закрепчи – це

порушення функції кишечника, що виражається в уповільненні ритму дефекації (відповідно до віку), її утрудненні, наявності відчуття неповного випорожнення і щільного або горбкуватого характеру калових мас [4, 8]. Нормальний ритм дефекації значно відрізняється залежно від віку пацієнта. Частота акту дефекації в новонароджених співпадає з частотою вигодовувань, у грудних дітей – від 1 до 4-5 разів на добу, у дітей старшого віку – 1-2 рази на добу, у дорослої людини коливається від 3 разів на день до 3 разів на тиждень.

Загальновизнаної класифікації закрепу у вітчизняній та світовій практиці, на жаль, не існує. У ході діагностичного пошуку та при диференційній діагностиці слід розрізняти закрепи органічного і функціонального характеру, причому функціональний характер цих порушень має місце в 95% випадків [5], що актуалізує лікувально-діагностичний пошук саме при функціональних порушеннях.

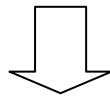
Аналіз та узагальнення вітчизняного та світового досвіду з питання ведення пацієнтів різного віку із закрепом на амбулаторному етапі сімейним лікарем можна представити схематично (рис.).

Таким чином, у практиці сімейного лікаря виявлення синдрому закрепу потребує, насамперед, проведення ретельної диференційованої діагностики, яка на сьогодні може бути проведена з урахуванням Римських критеріїв IV перегляду (2016).

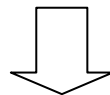
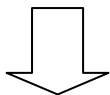
Рубрикації функціональних порушень органів травлення, що супроводжуються закрепами, згідно з Римськими критеріями IV [1], представлені такими дефініціями (табл. 1).

Згідно з Римськими критеріями IV перегляду, функціональні порушення органів травлення, що супроводжуються закрепами (табл. 1), мають чіткі та достовірні діагностичні критерії. В амбулаторній лікарській практиці для новонароджених та грудних дітей із закрепом використовують такі діагностичні критерії дишезії немовлят (G6) та функціонального закрепу (G7) (табл. 2).

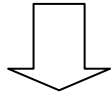
Скарги, дані анамнезу, результати повного фізикального огляду



синдром закреп



Наявність ознак небезпеки [6, 7]	Відсутність ознак небезпеки
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ранній початок закреп (у віці &lt;1 міс життя),</li> <li>✓ виділення меконію більше ніж через 48 годин після народження у доношеного новонародженого,</li> <li>✓ сімейний анамнез щодо хвороби Гіршпрунга,</li> <li>✓ стрічкоподібний стілець, кров у випорожненнях при відсутності анальних тріщин,</li> <li>✓ затримка фізичного розвитку,</li> <li>✓ лихоманка, нудота, блювота жовцю,</li> <li>✓ аномалія щитовидної залози,</li> <li>✓ виражене здуття живота,</li> <li>✓ періанальна фістула, аномальне положення анусу,</li> <li>✓ анальний рефлекс або кремастерний рефлекс відсутні,</li> <li>✓ зниження м'язової сили нижніх кінцівок / тону / рефлексів,</li> <li>✓ непрямі ознаки spina bifida: пучок волосся над остистим відростком хребця, западина в області крижів,</li> <li>✓ відхилення міжсідничної борозни,</li> <li>✓ сильний страх під час огляду ануса,</li> <li>✓ рубці в ділянці анального отвору,</li> <li>✓ гепатомегалія, спленомегалія.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ навчання пацієнта та переконання пацієнта про необхідність нормалізації способу життя,</li> <li>✓ дотримання дієти (часте дрібне харчування з обмеженням вмісту жирів, обмеження кави, куріння, алкоголю, прийому препаратів, що можуть викликати закреп),</li> <li>✓ включення до раціону продуктів, що стимулюють перистальтику кишечника (сливовий сік, буряк, продукти, багаті на волокна),</li> <li>✓ достатня фізична активність,</li> <li>✓ використання гліцеринових супозиторіїв, при неефективності додатково призначається підтримуюча терапія осмотичними проносними не менше 2 місяців [9]. Відміна проносних повинна бути поступовою не раніше ніж через місяць після нормалізації стану [2],</li> <li>✓ ефект від терапії необхідно оцінювати не раніше ніж через два тижні від початку лікування. Після отримання ефекту від терапії її слід продовжити 1-2 місяці,</li> <li>✓ при відсутності або недостатньому ефекті терапії слід знову оцінити наявність «симптомів тривоги».</li> </ul>



Наявність одного із симптомів небезпеки потребує додаткового обстеження в умовах стаціонару.  
Наявність рефрактерного закреп (закреп, що не відповідає на адекватну консервативну терапію протягом не менше 3 місяців) потребує виключення в першу чергу хвороби Гіршпрунга, анатомічних аномалій, патології спинного мозку й алергії до білків коров'ячого молока, що вимагає консультації хірурга.

#### Алгоритм ведення пацієнтів різного віку із закрепом на амбулаторному етапі

Відповідно до Римських критеріїв IV перегляду, у дітей та підлітків для діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів

(СПК та функціонального закреп) запропоновані такі діагностичні критерії (табл. 3).

Таблиця 1

#### Рубрикації функціональних порушень органів травлення із закрепом (Римські критерії IV)

С. Розлади кишечника (у дорослих)	Г. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади: новонароджені / грудні діти	Н. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади: діти/підлітки
<p>C1 Синдром подразненого кишечника (СПК)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• СПК із закрепом</li> <li>• СПК змішаний</li> <li>• СПК недиференційований</li> </ul> <p>C2. Функціональний закреп</p> <p>C4. Функціональний метеоризм</p> <p>C5. Неспецифічні функціональні розлади</p> <p>C6. Закреп, що індукується опіоїдами</p>	<p>G6. Дисезія немовлят</p> <p>G7. Функціональний закреп</p>	<p>H2. Функціональні абдомінальні болі</p> <p>H2b. Синдром подразненого кишечника</p> <p>H3. Функціональні розлади дефекації</p> <p>H3a. Функціональний закреп</p>

### Діагностичні критерії захворювань та станів, пов'язаних із закрепом функціонального походження у немовлят та грудних дітей відповідно до Римських критеріїв IV

Діагностичні критерії дишезії немовлят (G6) - діти молодше 9 місяців життя	Діагностичні критерії функціонального закрепу (G7) включають не менше 2 симптомів, які спостерігаються протягом 1 місяця у дітей віком до 4 місяців
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не менше 10 хвилин напруження та плачу перед виходом м'якого калу.</li> <li>2. Не має інших медичних проблем.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дві та менше дефекацій на тиждень;</li> <li>2. Епізоди надмірного накопичення калу в кишечнику;</li> <li>3. Епізоди болісних чи утруднених дефекацій;</li> <li>4. Епізоди випорожнення калу великого діаметру;</li> <li>5. Наявність крупних мас калу в прямій кишці у дитини, що навчена туалетним навичкам.</li> </ol> <p>додаткові критерії:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Не менше 1 епізоду на тиждень нетримання калу в дитини, яка навчена туалетним навичкам;</li> <li>7. Епізоди калового випорожнення великого діаметра, який може викликати закупорку туалетного стоку.</li> </ol>

Таким чином, незважаючи на відсутність уніфікованого протоколу ведення пацієнтів із закрепом на первинній ланці медичної допомоги, на допомогу проведення діагностичного пошуку причин функціональних порушень шлунково-

кишкового трату необхідно користуватися рекомендаціями Римських критеріїв IV перегляду, існуючими рекомендаціями та алгоритмом ведення цих пацієнтів з вилученням симптомів небезпеки.

### Діагностичні критерії захворювань та станів, пов'язаних із закрепом функціонального походження, у дітей та підлітків відповідно до Римських критеріїв IV

Діагностичні критерії СПК (H2b)	Діагностичні критерії функціонального закрепу (H3a)
<p>Повинні включати все з перерахованого нижче:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Болі в животі не менше 4 днів на місяць в посиданні з однією з таких ознак: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) затримка дефекацій;</li> <li>б) зміна частоти випорожнень;</li> <li>в) зміна форми випорожнень (Форма 1-2 за Бристольською шкалою форм калу для закрепу).</li> </ol> </li> <li>2. У дітей із закрепами болі не проходять після дефекацій (дітям, у яких болі проходять після випорожнення, слід ставити діагноз функціонального закрепу, але не синдрому подразненого кишечника).</li> <li>3. Після докладного обстеження симптоми не можуть бути пояснені іншими медичними причинами.</li> </ol> <p>Критерії в повній мірі спостерігаються не менше ніж протягом двох місяців до постановки діагнозу.</p>	<p>Повинні включати дві та більше ознак зі списку; які спостерігаються не менше 1 разу на тиждень, щонайменше протягом 1 місяця при недостатності критеріїв для діагностування СПК:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 чи менше дефекацій у дитини віком старше 4 років.</li> <li>2. 1 та більше епізодів нетримання калу на тиждень.</li> <li>3. Епізоди навмисного утримання калу в кишечнику.</li> <li>4. Епізоди утрудненої або болісної дефекації.</li> <li>5. Присутність великих мас калу в прямій кишці.</li> <li>6. Епізоди калового випорожнення великого діаметра, який може викликати закупорку туалетного стоку.</li> </ol> <p>Після докладного обстеження симптоми не можуть бути пояснені іншими медичними причинами.</p>

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бельмер С.В. Запоры функционального происхождения у детей (взгляд через призму Римского консенсуса IV) / С.В. Бельмер, А.И. Хавкин, Д.В. Печуров // Лечащий врач. – 2017. – № 2. – С. 54-57.
2. Камалова А.А. Функциональные запоры у детей раннего возраста: диагностика и терапия на

практике / А.А. Камалова, А.Р. Шакирова // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – № 4. – С. 108-113.

3. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській,

Донецькій областях та місті Києві: Наказ МОЗ України № 646 від 05.10.2011.

4. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення: Наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59.

5. Плотникова Е.Ю. Современные представления о запоре / Е.Ю. Плотникова // Лечащий врач. – 2015. – № 08. – С. 7-17.

6. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler / S. Benninga, M.A. Nurko, C. Faure, P.E. Hyman [et al.] // Gastroenterol. – 2016. – Vol. 150, N 6. – P. 1443-1455.

7. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child / J.S. Hyams, C. DiLorenzo, M. Saps, R.J. Shulman [et al.] // Adolescent. Gastroenterology. – 2016. – Vol. 150, N 6. – P. 1469-1480.

8. Chronic Constipation: An Evidence-Based Review / Lawrence Leung, Taylor Riutta, Jyoti Kotecha, Walter Rosser // J. Am. Board. Fam. Med. – 2011. – N 24. – P. 436-451. doi:10.3122/jabfm.2011.04.100272.

9. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN / M.M. Tabbers, C. DiLorenzo, M.Y. Berger [et al.] // J. Pediatric Gastroenterol. Nutrition. – 2014. – Vol. 58. – P. 258-274.

10. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN / M.M. Tabbers, C. DiLorenzo, M.Y. Berger [et al.] // J. Pediatric Gastroenterol. Nutrition. – 2014. – Vol. 58, N 2. – P. 258-274.

## REFERENCES

1. Bel'mer SV, Khavkin AI, Pechkurov DV. [Constipation of functional origin in children (view through the prism of the Roman consensus IV)]. Lechashchiy vrach. 2017;2:54-57. Russian.

2. Kamalova AA, Shakirova AR. [Functional constipation in young children: diagnosis and therapy in practice]. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2016;4:108-13. Russian.

3. [MOH Ukraine N 646 of 05.10.2011 On Approval regulations of the Ministry of Health of Ukraine to implement the Law of Ukraine "On the order of health care reform in Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk regions and in Kyiv"]. Ukrainian.

4. [MOH Ukraine of 01.29.2013 p. N 59 unified clinical protocols of medical care for children with diseases of the digestive system]. Ukrainian.

5. Plotnikova E. [Modern concepts of constipation]. Lechashchiy vrach. 2015;08:7-17. Russian.

6. Benninga S, Nurko MA, Faure C, Hyman PE, James Roberts IST, Schechter NL. Childhood Functional

Gastrointestinal Disorders: Neonate Toddler Gastroenterology. 2016;150(6):1443-55.

7. Hyams JS, DiLorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child Adolescent. Gastroenterology. 2016;150(6):1469-80.

8. Lawrence Leung, Taylor Riutta, Jyoti Kotecha, and Walter Rosser Chronic Constipation: An Evidence-Based Review J Am Board Fam Med July-August. 2011;24:436-51. doi:10.3122/jabfm.2011.04.100272.

9. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2014;58:258-74.

10. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatric Gastroenterol Nutr. 2014;58(2):258-74.

